

Анемия беременных

1. Анемия беременных

2. Код протокола: Р-О-003

3. Код (коды) по МКБ-10: О99.0 Анемия, осложняющая беременность, деторождение или послеродовой период

4. **Определение:** Железодефицитная анемия (ЖДА) – состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина, иногда, умеренным уменьшением количества эритроцитов и цветного показателя крови.

5. **Классификация:** Классификация ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1997

1. Железодефицитная анемия

- Легкая степень (гемоглобин 110-90 г/л);
- Средняя степень (гемоглобин 90-70 г/л);
- Тяжелая степень (гемоглобин менее 70 г/л)

6. Факторы риска:

1. Регион, эндемичный по заболеваемости анемией;
2. Пациентки с обильными и длительными менструациями, предшествовавшими беременности;
3. Беременности, следующие друг за другом;
4. Многоплодная беременность;
5. Длительная лактация;
6. Недостаточность питания;
7. Нарушение абсорбции в кишечнике за счет заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, гельминтозов;
8. Желудочно-кишечные кровотечения;
9. Гемолиз в результате малярии или гемоглобинопатии у приезжих из других стран;
10. В послеродовом периоде факторами риска являются: выраженное кровотечение в родах, многоплодная беременность.

7. **Первичная профилактика:** профилактические мероприятия по предотвращению воздействия факторов риска на развитие заболевания.

8. Диагностические критерии:

1. Уровень гемоглобина в крови менее 110 г/л, концентрация эритроцитов менее 3,5 млн/мл, ЦПК менее 0,8-0,85, гематокрит менее 30-33 %; сывороточное железо. Ферритин

2. Клинические проявления анемии.

8.1. жалобы и анамнез астеновегетативный синдром: слабость, головокружение, обмороки, сердцебиение, одышка, мышечная слабость; сидеропенический синдром: сухость и атрофичность кожи, ломкость ногтей и волос, выпадение волос, изменение вкуса, пристрастие к употреблению в пищу мела, зубной пасты, глины, сырой крупы, сырого кофе, неочищенных семян подсолнечника, изменение восприятия запаха, пристрастие к запаху бензина, ацетона, извести.

Неврологические нарушения: головная боль, парестезии, нарушения глотания твердой пищи, недержание мочи.

8.2. физикальное обследование бледность кожи и слизистых оболочек, сухость и трещины кожи, ангулярный стоматит, трещины в углах рта, ногти уплощаются и даже становятся вогнутыми, покраснение языка, атрофия сосочков языка.

8.3. лабораторные исследования

- Количества эритроцитов
- Количества ретикулоцитов
- Гемоглобина

- Гематокрита
- Среднего объема эритроцитов (MCV)
- Ширины распределения эритроцитов по объему (RDW)
- Среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH)
- Средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC)
- Количества лейкоцитов
- Количества тромбоцитов
- Определение ферритина, железа сыворотки крови, железосвязывающей способности.
- Исследование костного мозга.
- Кал на яйца гельминтов
- Креатинин

8.4. инструментальные исследования рентгенологическое исследование органов ЖКТ и грудной клетки, ЭФГДС, ФКС, ректороманоскопия, УЗИ брюшной полости, почек, щитовидной железы.

8.5. показания для консультации специалистов гастроэнтеролога - кровотечение из органов ЖКТ; стоматолога- кровотечение из десен, лор - носовые кровотечения, онколога- злокачественное поражение, которое является причиной кровотечения, нефролога - исключение заболеваний почек, фтизиатра - кровотечение на фоне туберкулеза, пульмонолога - кровопотери на фоне заболеваний бронхо- легочной системы, гинеколога- кровотечения из половых органов гиперполименорея, частая беременность, эндокринолога - снижение функции щитовидной железы, наличие диабетической нефропатии, проктолога – ректальные кровотечения, инфекциониста – при наличии признаков гельминтоза.

8.6. дифференциальный диагноз Железодефицитной анемии проводится с другими гипохромными анемиями, вызванными нарушением синтеза гемоглобина. К ним относятся анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов (анемия при свинцовом отравлении, при врожденных нарушениях синтеза порфиринов), а также талассемии. Гипохромные анемии в отличие от железодефицитных анемий протекают с высоким содержанием железа в крови и депо, которое не используется для образования гема (сидероахрезия), при этих заболеваниях отсутствуют признаки тканевого дефицита железа.

Дифференциальным признаком анемии, обусловленной нарушением синтеза порфиринов, является гипохромная анемия с базофильной пунктацией эритроцитов, ретикулоцитов, усиленным эритропозом в костном мозге с большим количеством сидеробластов. Для талассемии характерны мишеневидная форма и базофильная пунктация эритроцитов, ретикулоцитоз и наличие признаков повышенного гемолиза.

9. Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. При уровне гемоглобина 110-90 г/л необходима консультация гематолога
3. При выявлении анемии с целью оценки эффективности лечения необходим контроль уровня гемоглобина и гематокрита 1 раз в месяц

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: После родов необходим скрининг на ЖДА при наличии анемии во время беременности, выраженное кровотечение в родах, многоплодная беременность

10. Тактика лечения:

10.1 цели лечения: комплексное лечение анемии и осложнений, связанных с ней.

10.2 немедикаментозное лечение режим 1, 2.

10.3. медикаментозное лечение

Схема лечения ЖДА, осложняющей беременность, роды и послеродовый период:

1. при уровне гемоглобина 109-90 г/л, гематокрита 27-32% назначить комбинацию препаратов: сульфат железа двухвалентного 120 мг + фолиевая кислота 400 мг ежедневно в течение 3 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц;
2. при уровне гемоглобина ниже 90 г/л, гематокрита ниже 27% провести консультацию гематолога. Дополнительно к терапии назначить декстран железа III (100 мг/2 мл) один раз в сутки, внутримышечно, с индивидуальным подбором курса;
3. при нормализации уровня гемоглобина более 110 г/л и гематокрита более 33% назначить комбинацию препаратов сульфата железа двухвалентного 120 мг 1 раз в неделю + фолиевая кислота 400 мг ежедневно в течение 3 месяцев.

Профилактика анемии:

1. прием препаратов сульфата железа двухвалентного в дозе 60 мг в день;
2. прием фолиевой кислоты в дозе 400-500 мг ежедневно в течение всей беременности с целью профилактики дефектов нервной трубки у плода и анемии, в течение первых 12 недель беременности.

10.4. показания к госпитализации II и III степени тяжести

10.5. профилактические мероприятия

- Ликвидация причины, вызвавшей дефицит железа.
- Диета с высоким содержанием железа (мясо, печень и др.).
- Длительный прием препаратов железа (4-6 мес.).
- Парентеральные препараты железа (по показаниям).
- Переливания эритроцитарной массы при тяжелой анемии.
- Профилактический прием препаратов железа в группах риска

10.6. дальнейшее ведение Для восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина проводят лечение железосодержащими препаратами в течение 3 месяцев в суточной дозе, которая в 2-3 раза меньше по сравнению с дозой, применявшейся на этапе купирования анемии.

Противорецидивная (поддерживающая) терапия

При продолжающихся кровотечениях (например, обильных менструациях) показан прием препаратов железа короткими курсами по 7-10 дней ежемесячно. При рецидиве анемии показано проведение повторного курса лечения в течение 1-2 мес.

11. Перечень основных медикаментов:

1. ** Железа соли однокомпонентные и комбинированные препараты, капсулы, драже, таблетки, содержащие не менее 30 мг железа
2. * Декстран железа III (100 мг/2 мл), для внутримышечного введения, амп.

Перечень дополнительных медикаментов: нет

12. Индикаторы эффективности лечения:

1. Анемия средней степени (гемоглобин 90-70 г/л);
2. Анемия тяжелой степени (гемоглобин менее 70 г/л)

13. Список использованной литературы:

1. Анемия беременных. Пособие для врачей и интернов// Ярославль.- 2002.- с.20.
2. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии.- Ташкент.- 2004.- с.68.
3. Базылбекова З.О. , Баймишева М.Ш., Раева Р.М., Сапарбекова А.З. «Опыт клинического применения инъекционных препаратов железа в лечении анемии тяжелой степени у беременных высокого риска »
4. Screening for Iron Deficiency Anemia – Including Iron Prophylaxis
5. PRODIGY Guidance – Anaemia – Iron Deficiency
6. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in United States, 1998, p.36

7. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005,

p.80

8. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care

for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

9. Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO, 2001, p.114

14. Список разработчиков: Сапарбекова А.З. к.м.н., с.н.с. Республиканского Научно-исследовательского Центра охраны здоровья матери и ребенка (РНИЦОЗМиР).

* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях